

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1942

THESE

N°

251

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

par

**Manuel F. ALLÉNDE**

Né le 24 Novembre 1918, à Madrid (Espagne)

Présentée et soutenue publiquement le ... **8 JUIL 1942** ... 19 ..

DES DANGERS  
DE LA BIOPSIE DE LA HANCHE  
EN CAS DE TUBERCULOSE

Président : M. LEVEUF, Professeur.

PARIS

IMPRIMERIE R. FOULON

29, Rue Deparcieux, 29

1942



FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

---

Nom du Candidat: **ALLENDE.**

Prénom : **Manuel.**

---

Date de la soutenance: \_\_\_\_\_

Numéro d'ordre: \_\_\_\_\_

(Ces deux mentions seront complétées par le service de la Bibliothèque)

**ALLENDE (Manuel).** — Des dangers de la biopsie de la hanche en cas de tuberculose. — *Paris, Imp. R. Foulon, 1942, in-8°, 39 p.*

(Thèse Médec. (Et.), Paris 1942, N° .....)

**ALLENDE (Manuel).** — Des dangers de la biopsie de la hanche en cas de tuberculose. — *Paris, Imp. R. Foulon, 1942, in-8°, 39 p.*

(Thèse Médec. (Et.), Paris 1942, N° .....)

**ALLENDE (Manuel).** — Des dangers de la biopsie de la hanche en cas de tuberculose. — *Paris, Imp. R. Foulon, 1942, in-8°, 39 p.*

(Thèse Médec. (Et.), Paris 1942, N° .....)

**ALLENDE (Manuel).** — Des dangers de la biopsie de la hanche en cas de tuberculose. — *Paris, Imp. R. Foulon, 1942, in-8°, 39 p.*

(Thèse Médec. (Et.), Paris 1942, N° .....)



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1942

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

**Manuel F. ALLÈNDE**

Né le 24 Novembre 1918, à Madrid (Espagne)

*Présentée et soutenue publiquement le ..... 19 .*

DES DANGERS  
DE LA BIOPSIE DE LA HANCHE  
EN CAS DE TUBERCULOSE

Président : M. LEVEUF, Professeur.

PARIS  
IMPRIMERIE R. FOULON  
29, Rue Deparcieux, 29  
1942



# I. — PROFESSEURS

## LE DOYEN ..... BAUDOUIN

### MM.

|                                                                        |                   |
|------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| Anatomie .....                                                         | ROUVIERE.         |
| Physiologie .....                                                      | Léon BINET.       |
| Physique médicale .....                                                | STROHL.           |
| Chimie médicale .....                                                  | POLONOVSKI.       |
| Bactériologie .....                                                    | GASTINEL.         |
| Parasitologie et histoire naturelle médicale ..                        | BRUMPT.           |
| Pathologie et thérapeutique générales .....                            | BAUDOUIN.         |
| Pathologie médicale .....                                              | N...              |
| Pathologie chirurgicale .....                                          | QUENU.            |
| Anatomie pathologique .....                                            | LEROUX.           |
| Histologie .....                                                       | CHAMPY.           |
| Pharmacologie et matière médicale .....                                | TIFFENEAU.        |
| Thérapeutique .....                                                    | AUBERTIN.         |
| Hygiène et médecine préventive .....                                   | TANON.            |
| Médecine légale .....                                                  | DUVOIR.           |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie ..                          | Henri BENARD.     |
| Pathologie expérimentale comparée .....                                | CHIRAY.           |
| Hydrologie thérapeutique et climatologie ....                          | ABRAMI.           |
|                                                                        | FIESSINGER.       |
| Clinique médicale .....                                                | HARVIER.          |
|                                                                        | P.-VALLERY-RADOT. |
| Hygiène et clinique de la première enfance ..                          | CATHALA.          |
| Clinique des maladies des enfants .....                                | Robert DEBRE.     |
| Clinique des maladies mentales et des maladies<br>de l'encéphale ..... | LAIGNEL-LAVASTINE |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.                       | GOUGEROT.         |
| Clinique des maladies du système nerveux ....                          | GUILLAIN.         |
| Cliniques des maladies infectieuses .....                              | LEMIERRE.         |
|                                                                        | CADENAT.          |
| Clinique chirurgicale .....                                            | GOSSET.           |
|                                                                        | LENORMANT.        |
|                                                                        | MONDOR.           |
| Clinique ophtalmologique .....                                         | VELTER.           |
| Clinique urologique .....                                              | CHEVASSU.         |
|                                                                        | COUVELAIRE.       |
| Clinique d'accouchements .....                                         | LEVY-SOLAL.       |
|                                                                        | PORTES.           |
| Clinique gynécologique .....                                           | MOCQUOT.          |
| Clinique chirurgicale infantile et orthopédie ..                       | LEVEUF.           |
| Clinique thérapeutique médicale .....                                  | LOEPER.           |
| Clinique oto-rhino-laryngologique .....                                | LEMAITRE.         |
| Clinique thérapeutique chirurgicale .....                              | BROCC.            |
| Clinique propédeutique .....                                           | M. VILLARET.      |
| Clinique de la Tuberculose .....                                       | TROISIER.         |
| Clinique chirurgicale orthopédique .....                               | MATHIEU.          |
| Clinique de cardiologie .....                                          | DONZELOT.         |
| Clinique de neuro-chirurgie .....                                      | Clovis VINCENT.   |
| Assistance Médico-sociale .....                                        | N...              |
|                                                                        | DOGNON.           |
|                                                                        | GIROUD.           |
|                                                                        | HAZARD.           |
| Professeurs sans chaire .....                                          | JAYLE.            |
|                                                                        | JOANNON.          |
|                                                                        | OLIVIER.          |
|                                                                        | VERNE.            |

## II. — AGREGES EN EXERCICE

| MM.                |                          |          |
|--------------------|--------------------------|----------|
| AMELINE .....      | Pathologie chirurgicale. | chirurg. |
| BARIETY .....      | Pathologie cale.         | médi.    |
| BERNARD Etienne.   | Pathologie cale.         | médi.    |
| BESANÇON Justin.   | Hydrologie.              |          |
| BONNET .....       | Bactériologie            |          |
| BOULIN .....       | Pathologie cale.         | médi.    |
| BROUET .....       | Pathologie cale.         | médi.    |
| BULLIARD .....     | Histologie.              |          |
| CACHERA .....      | Pathologie cale.         | médi.    |
| CORDIER .....      | Anatomie.                |          |
| COSTE .....        | Pathologie cale.         | médi.    |
| COUVELAIRE (Roger) | Urologie.                |          |
| DELARUE .....      | Anatomie pathologique.   |          |
| DELAY .....        | Pathologie cale.         | médi.    |
| DESGREZ (H.) ....  | Physique.                |          |
| DESOILLE .....     | — Médecine légale.       |          |
| DIGONNET .....     | Obstétrique.             |          |
| DOGNON .....       | Physique.                |          |
| FÈVRE .....        | Pathologie chirurgicale. | chirurg. |
| FUNCK-BRENTANO     | Pathologie chirurgicale. | chirurg. |
| GALLIARD .....     | Parasitologie.           |          |
| GARCIN .....       | Pathologie cale.         | médi.    |
| Mlle GAUTHIER-     |                          |          |
| VILLARS .....      | Anatomie pathologique.   |          |
| DE GENNES .....    | Pathologie cale.         | médi.    |

| MM.                |                           |          |
|--------------------|---------------------------|----------|
| HAGUENAU .....     | Pathologie cale.          | médi.    |
| LACOMME .....      | Obstétrique.              |          |
| LANTUEJOUL ....    | Obstétrique.              |          |
| LAVIER .....       | — Parasitologie.          |          |
| LELONG .....       | Pathologie cale.          | médi.    |
| LEMAIRE .....      | Pathologie expérimentale. | expéri.  |
| LENEGRE .....      | — Pathologie cale.        | médi.    |
| Mlle J. LEVY ..... | Pharmacologie.            |          |
| MARCHAL .....      | Pathologie cale.          | médi.    |
| MENEGAUX .....     | Pathologie chirurgale.    | chirurg. |
| MOLLARET .....     | Pathologie cale.          | médi.    |
| MOUQUIN .....      | Pathologie cale.          | médi.    |
| PATEL .....        | Pathologie chirurgale.    | chirurg. |
| PETIT-DUTAILLIS    | Pathologie chirurgale.    | chirurg. |
| RENARD .....       | Ophthalmologie.           |          |
| RICHET .....       | Physiologie.              |          |
| SENEQUE .....      | Pathologie chirurgale.    | chirurg. |
| SICARD .....       | Pathologie chirurgale.    | chirurg. |
| SOULIE .....       | Pathologie cale.          | médi.    |
| SUREAU .....       | Obstétrique.              |          |
| TURPIN .....       | Pathologie cale.          | médi.    |
| WILMOTH .....      | Pathologie chirurgale.    | chirurg. |

## III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

### POUR LE SERVICE DES EXAMENS

| MM.              |                        |          |
|------------------|------------------------|----------|
| ALGLAVE .....    | Pathologie chirurgale. | chirurg. |
| CHAILLEY-BERT .. | Physiologie.           |          |
| GUENIOT .....    | Obstétrique.           |          |
| HEITZ-BOYER .... | Pathologie chirurgale. | chirurg. |

| MM.             |                        |  |
|-----------------|------------------------|--|
| HUGUENIN .....  | Anatomie Pathologique. |  |
| LE LORIER ....  | — Obstétrique.         |  |
| NEVEU-LEMAIRE   | Parasitologie.         |  |
| PIEDELIEVRE . . | Médecine légale.       |  |
| VAUDESCAL ..... | Obstétrique.           |  |

#### IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

##### A TITRE PERMANENT

| MM.           |                      | MM.           |                               |
|---------------|----------------------|---------------|-------------------------------|
| ALAJOUANINE   | } Clinique médicale. | BASSET .....  | } Clinique chirurgi-<br>cale. |
| BRULE .....   |                      | GATELLIER ... |                               |
| CHABROL ..... |                      | de GAUDART    |                               |
| CHEVALLIER .  |                      | d'ALLAINES .  |                               |
| LAROCHE Guy   |                      | MOULONGUET .  |                               |
| LIAN .....    |                      | MOURE .....   |                               |
| MOREAU .....  |                      |               |                               |
| SEZARY .....  |                      |               |                               |

| MM.          |                          |
|--------------|--------------------------|
| ECALLE ..... | } Clinique obstétricale. |
| VIGNES ..... |                          |

#### V. — CHARGES DE COURS

| MM.                        |                      |
|----------------------------|----------------------|
| CHAILLEY-BERT, agrégé .... | Education physique.  |
| LEDOUX-LEBARD .....        | Radiologie clinique. |
| DECHAUME .....             | Stomatologie.        |
| Il... ..                   | Puériculture.        |

---

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les options émises dans des dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

A MES PARENTS

A MES AMIS

A M. LE PROFESSEUR LEVEUF

Chirurgien des Hôpitaux de Paris  
Professeur de Clinique Chirurgicale Infantile et Orthopédie  
à la Faculté de Médecine de Paris

*Qui m'a fait l'honneur de bien vouloir  
présider cette thèse.*

A. M. LE DOCTEUR ANDRÉ RICHARD

Chirurgien des Hôpitaux de Paris  
Membre de l'Académie de Chirurgie

*Qui m'a inspiré cette thèse.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS,  
DE BERCK ET D'HENDAYE

## INTRODUCTION

---

Devant la difficulté dans certains cas de porter le diagnostic précis de coxalgie, chirurgiens et orthopédistes se sont efforcés d'accumuler les moyens cliniques et de laboratoire susceptibles de le faciliter.

Parmi ces moyens, la biopsie articulaire est un des plus récents. Appliquée en Amérique, puis en France à la coxalgie, elle ne nous a pas semblé devoir répondre aux espoirs qui avaient été fondés sur elle. Son insuffisance dans certains cas, ses dangers dans la grande majorité, nous ont paru pouvoir justifier ce travail destiné à exposer ses inconvénients, inconvénients qui nous amèneront à contre-indiquer pour la biopsie, les cas où il existe une chance, si minime soit-elle, de nature tuberculeuse de l'affection de la hanche.

Passant en revue les divers moyens de diagnostic dont nous disposons actuellement pour le diagnostic de la coxalgie, nous verrons leurs infidélités respectives qui ont conduit à l'utilisation de la biopsie. Nous étudierons ensuite les renseignements qu'elle a pu fournir, et en contre-partie les inconvénients et les dangers qu'elle présente; et que

viendront étayer quelques observations que nous avons pu prendre soit au Sanatorium de l'Assistance Publique de Hendaye au cours de nos quelques mois d'internat dans le service de M. le Docteur Louis ALLARD, soit dues à l'obligeance du Docteur André RICHARD qui nous a permis de consulter ses dossiers de l'Hôpital Maritime de Berck, provisoirement transférés à l'Hôpital Raymond Poincaré de Garches.

---

## DES DIFFERENTS MOYENS DE DIAGNOSTIC DE LA COXALGIE

---

Avant l'apparition des examens radiologiques systématiques, seule la clinique permettait de porter le diagnostic de tuberculose de la hanche.

Aujourd'hui il est des cas, malheureusement encore fréquents, où la radiologie n'aura qu'un rôle accessoire, la coxalgie paraissant évidente chez des malades soignés depuis de longs mois pour une « arthrite traumatique », ou pour des douleurs de croissance, et qui présentent à l'examen une hanche entièrement bloquée, chaude et augmentée de volume, tendue, s'accompagnant d'une grosse adénopathie rétro-crurale et d'une atrophie de la cuisse.

Cependant chaque jour le nombre des coxalgies vues au début augmente et c'est là que fréquemment, la clinique seule sera insuffisante pour faire le diagnostic.

Les signes cliniques sont encore peu nets, l'enfant boîte et accuse une douleur attribuée par l'entourage à l'éternel traumatisme. Il faudra rechercher avec soin une augmentation de la chaleur locale, une légère adénopathie rétro-crurale unilatérale et surtout une limitation des mouve-

ments, en particulier de l'abduction et de l'hyperextension, qu'il sera en général aisé de mettre en évidence. Cependant si ces signes ont de la valeur ils ne sont pas pathognomiques; l'on s'aidera encore de la présence d'antécédents personnels ou héréditaires en faveur de la tuberculose, des épreuves du repos. Malgré cela, dans bien des cas, le diagnostic restera douteux.

Depuis l'utilisation systématique de l'examen radiologique, le nombre de diagnostics hésitants a considérablement diminué. Cependant, souvent les signes radiologiques sont en retard sur les signes cliniques.

La décalcification est un bon signe mais qui perd de sa valeur s'il y a eu une immobilisation un peu prolongée. Le flou ou les irrégularités des limites osseuses sont rarement précoces. Le pincement articulaire et le pincement des cartilages de conjugaison (A. RICHARD et GRAFFIN, *Gaz. des Hôpitaux de Paris*, 1933) ont plus de valeur. Enfin on peut voir des images d'ostéite, ou bien encore un élargissement de l'espace articulaire dû à un épanchement et pouvant prêter à erreur. Si tous ces signes ont plus ou moins de valeur, surtout du fait de leur groupement, il faut néanmoins insister sur le fait qu'ils n'apparaissent que relativement tard dans le début, et il ne faudra pas conclure du fait de leur absence à la nature certainement non tuberculeuse de l'affection.

Donc au début, le diagnostic reste souvent douteux malgré l'examen clinique et radiologique. Il pourrait s'agir

d'une coxa-vara essentielle au début, où la rotation externe et l'abduction existent évidemment, cependant la boiterie, la douleur, la limitation des mouvements, la radio montrant peu de tassement et d'inflexion du col, enfin la recherche parfois négative de signes endocrinologiques associés peuvent prêter à confusion.

Il en va de même pour la coxa-valga; l'ostéochondrite juvénile (A. RICHARD et GRAFFIN, *Gaz. des Hôpitaux de Paris*, 1933) présente les mêmes signes cliniques de début, et l'interprétation radiologique est également délicate au début: cependant il n'existe en principe jamais d'adénopathie rétro-crurale dans cette affection, en réalité il y en a souvent.

Mais ce sont surtout les arthrites juvéniles chroniques qui sont les plus capables de simuler entièrement la coxalgie puisqu'elles ne possèdent pas de signes distinctifs propres comme les affections que nous venons de passer en revue, et que c'est surtout l'évolution qui tranchera le diagnostic.

Il est certain qu'au point de vue du diagnostic des cas douteux, une certitude est en général fournie par l'épreuve du temps; en immobilisant l'enfant comme s'il s'agissait d'une coxalgie et attendant quelques semaines que les signes se précisent en sa faveur ou contre elle. Malheureusement, il est souvent difficile d'obtenir du malade ou de ses parents cette longue immobilisation, et c'est pour cela que l'on s'est adressé à de multiples méthodes de labora-

toire ou chirurgicales pour essayer d'obtenir le diagnostic plus précocement. Nous allons maintenant les examiner successivement.

— La réaction de fixation a été beaucoup utilisée à l'étranger. A l'Hôpital Maritime de Berck, M. MOZER, sur plus de 6.000 examens pratiqués a pu conclure que si 58 % des tuberculoses chirurgicales en évolution, et 31 % des tuberculoses chirurgicales guéries donnent des réactions positives, 16 % d'individus sans lésions tuberculeuses ont également donné des résultats positifs alors que plus de la moitié d'entre eux avaient des cuti-réactions négatives et n'ont eu aucune réaction à l'injection de 6 milligrammes de tuberculine. Cette réaction peut donc être rejetée.

— La sédimentation globulaire donne surtout des résultats en parallèle avec l'état général.

— La réaction de Vernes à la résorcine présente un intérêt certain mais qui dépasse le cadre de notre travail, puisqu'elle donne des renseignements seulement aux points de vue pronostique et thérapeutique. D'autre part, Mlle POIDEVIN dans sa thèse, inspirée par A. RICHARD et MOZER en 1937 a montré l'infidélité de cette méthode en matière de tuberculose ostéoarticulaire chez l'enfant.

— On connaît la valeur de la cuti-réaction à la tuberculine: chez l'adulte elle est presque toujours positive et de ce fait rend peu de services; chez l'enfant, positive elle ne fait que traduire l'infection tuberculeuse. Par contre,

si elle est négative, et à plusieurs reprises, et ceci contrôlé par l'intradermoréaction négative elle permet presque certainement de rejeter la tuberculose.

— Si la réaction focale à l'injection sous-cutanée de tuberculine peut donner des résultats extrêmement intéressants dans le diagnostic des affections des articulations superficielles, l'articulation de la hanche est trop profondément située pour que l'on puisse utiliser cette réaction.

Plus récemment, le dosage colorimétrique de l'Haptoglobulinémie de Polonowski, a donné des indications précieuses en faveur d'une affection tuberculeuse évolutive. Les résultats en ce qui concerne le poumon ont été très concluants dans les recherches entreprises par MM. TROISIER, BARIÉTY et BROUET. Les examens systématiques faits par M. A. RICHARD dans son service confirment chez les tuberculeux chirurgicaux la valeur diagnostique et pronostique de cette réaction.

— Parmi les moyens diagnostiques, les plus précis sont indiscutablement fournis par les examens directs. Il en va ainsi lorsqu'il s'est produit une collection purulente. Dans ce cas sa ponction va permettre divers examens :

— L'examen direct permettra assez rarement de mettre en évidence des bacilles de Koch, plus faciles à rechercher après homogénéisation. Ceci sera cependant en pratique impossible si l'on se trouve en présence de pus infecté. S'il ne l'est pas, la culture sur milieux de PETROFF, de

LOEWENSTEIN ou de PETRIGNANI donne une énorme proportion de résultats probants.

— Enfin, l'inoculation au cobaye, si elle est positive, a une valeur absolue. Si elle est négative elle n'infirme pas entièrement le diagnostic: il existe des cobayes bacillo-résistants; il faudrait pouvoir en inoculer plusieurs; en outre l'inoculation au cobaye présente l'inconvénient, mineur il est vrai, d'exiger six semaines.

— Cependant, les cas où examen direct, culture, inoculation sont possibles avant que le diagnostic soit porté sont très rares et en général l'apparition de l'abcès signe la coxalgie; tout au plus pourrait-on invoquer l'ostéomyélite de la hanche. En fait, ces examens, que l'on pratiquera chaque fois que cela sera possible, sont surtout utiles en tant que confirmation certaine du diagnostic au cours des affections de la hanche.

— Enfin, les chirurgiens se sont reportés vers des méthodes plus directes de diagnostic. Vers 1930 fut proposée en Amérique et en Allemagne l'arthroscopie: mais la méthode, à notre connaissance, sombra dans l'oubli et ne parvint pas jusqu'aux salles d'opérations françaises.

— La biopsie ganglionnaire donne des résultats intéressants dans un certain nombre de cas: elle permet l'examen direct du ganglion prélevé et l'inoculation au cobaye; elle ne présente pas de dangers au point de vue évolutif: cependant elle ne prélève pas toujours un ganglion atteint à la période de début, et un résultat négatif n'infirme rien.

— La biopsie articulaire enfin, proposée et utilisée en Amérique vers la même époque, fut essayée en France à la suite. Elle a pu donner des résultats intéressants: nous allons les étudier maintenant, avant de voir les dangers auxquels elle expose.

---

## LA BIOPSIE ARTICULAIRE

---

Devant le grand nombre de cas où le diagnostic restait douteux, l'on pensa à utiliser l'examen direct par prélèvement d'une partie des lésions.

En Scandinavie, SUNDT et JOHANSSON, en Amérique COOPERMAN, en France le Docteur SORREL s'efforcèrent par ce moyen de diminuer le pourcentage des diagnostics longtemps hésitants, sans d'ailleurs que de leurs propres statistiques, ils soient arrivés à des résultats entièrement positifs, un certain nombre de cas restant néanmoins douteux.

Il est à peu près établi aujourd'hui que la grande majorité des coxalgies, comme presque toutes les lésions bacillaires ostéo-articulaires, ont un début osseux juxta-articulaire. C'est pour cela que la biopsie, uniquement synoviale, a cédé le pas au prélèvement mixte ostéo-articulaire.

— Que va montrer cette biopsie, quels sont les renseignements que l'on pourra en tirer ?

Au point de vue osseux, on trouve des tubercules isolés entourés d'une zone d'hyperémie et se détachant nettement sur le tissu osseux, soit des îlots étendus et mal limités. A

un stade plus avancé, on trouve une zone de dégénérescence caséuse entraînant une carie du tissu osseux. Les foyers caséux sont entourés d'une zone de tissu embryonnaire contenant des granulations tuberculeuses.

Au point de vue articulaire, l'on trouve soit du liquide contenant des grains riziformes, soit une hyperplasie des franges synoviales et surtout la synoviale épaissie, fongueuse, rougeâtre et recouverte de formations fibrineuses et de tubercules. Les cartilages présentent des ulcérations irrégulières.

Enfin, au point de vue microscopique, l'on trouve des lésions tuberculeuses typiques: les follicules composés d'une cellule géante, contenant 20 à 50 noyaux répartis à la périphérie, et au centre des bacilles de Koch que l'on peut retrouver par les colorations habituelles; cette cellule est entourée d'une zone de cellules épithélioïdes en couches concentriques, le tout étant englobé dans une couronne de lymphocytes. Les granulations miliaires sont constituées par l'assemblage de plusieurs follicules, l'agglomérations de plusieurs granulations formant le tubercule cru.

*Ses infidélités.* — Il faut d'abord prélever, nous l'avons vu, tissu osseux et articulaire synovial, car l'on sait la fréquence du début juxta-articulaire des lésions tuberculeuses de la hanche. Mais cela ne résoud pas entièrement le problème. En effet, les cas douteux où l'on est obligé de recourir à la biopsie sont en général des cas pris tout au début,

où le minimum de signes constatables entraînent l'hésitation. Or, une lésion qui se traduit certes par une limitation des mouvements, mais qui ne s'accompagne pas d'une adénopathie rétro-crurale nette, qui se traduit radiologiquement par une décalcification et un pincement articulaire plus ou moins marqué semble *a priori* devoir être une lésion peu étendue. Il faudrait que la biopsie portant sur une petite quantité de surface, aie la chance de tomber exactement sur la lésion pour que l'on puisse aboutir à une conclusion nette. Parfois même il s'agit de lésions para-articulaires qu'il sera d'autant plus rare de prélever. Ceci n'est malheureusement pas de la théorie pure : il est relativement fréquent que le résultat de la biopsie ne mette pas en évidence le caractère tuberculeux, montrant du tissu articulaire et osseux normal aux points de vue macroscopique et microscopique, les tissus malades ayant été délaissés par la biopsie : et plus tard l'évolution anatomique, l'apparition d'abcès ponctionnés montreront qu'il s'agissait en réalité d'une coxalgie.

La gravité de cette erreur de diagnostic serait réparable si elle ne s'accompagnait de l'inévitable erreur de thérapeutique : puisqu'il y a peu de signes cliniques et radiologiques, puisque la biopsie milite en faveur de lésions non bacillaires, on n'immobilisera pas l'enfant et quand on le reverra quelques semaines ou quelques mois plus tard, l'état général se sera altéré, la hanche sera bloquée, les destructions osseuses seront visibles radiologiquement, des

abcès seront apparus, et ce sera souvent une coxalgie grave qu'il faudra traiter.

*Ses dangers.* — Mais il y a un danger beaucoup plus grave et résultant de cette erreur thérapeutique.

Nous voulons parler de la fistulisation. En effet, dans un certain nombre de cas qu'il nous a été donné de voir, la fistulisation s'est produite sur la cicatrice de biopsie.

Bien que cela semble un lien commun, il n'est pas superflu de rappeler que tous les auteurs s'accordent pour admettre qu'une tuberculose ouverte ou fistulisée est beaucoup plus grave, tant de façon immédiate que dans ses conséquences lointaines qu'une tuberculose fermée. Or, comme nous allons le voir, et comme les observations le prouvent, la fistule rapide ou tardive semble être la règle quand il s'agit de tuberculose de la hanche à la suite d'une biopsie.

L'on conçoit d'ailleurs aisément que le traumatisme biopsique relativement limité entraîne la formation d'un trajet allant de l'articulation à la peau : les lésions articulaires s'étendant vont gagner toute la synoviale et les surfaces cartilagineuses, et au voisinage de la cicatrice biopsique vont trouver un chemin tout tracé pour aller se répandre au dehors. Ceci s'est produit dans quatre de nos cas, dont deux fois chez des enfants chez qui le diagnostic de coxalgie avait été rejeté à cause des résultats de la biopsie. On conçoit donc la gravité de cette fistulisation chez des enfants non soignés comme coxalgiques ayant même

entraîné chez l'un d'entre eux la nécessité d'une résection de drainage.

En effet, si la fistulisation régresse parfois à la suite de soins spécialisés ou spontanément, la plupart du temps le drainage sera insuffisant et l'infection secondaire sera facile vers l'abcès en rétention, entraînant une aggravation considérable de l'état général, mettant en jeu la vie du malade. L'ostéomyélite iliaque ou fémorale en est souvent la conséquence avec son évolution interminable, sa récurrence lorsque l'on croit tout terminé, la contre-indication qu'elle constitue pour les interventions ankylosantes, parfois annihilant les effets même de la résection de drainage ou de la désarticulation de la hanche. Enfin nous rappellerons encore le retentissement sur l'état général, la dégénérescence amyloïde du foie et de la rate, l'albuminurie, enfin la fréquence de la terminaison par une granulie ou une méningite.

On voit donc les dangers extrêmement graves que présente la biopsie articulaire au niveau de la hanche lorsqu'il s'y trouve des lésions tuberculeuses. Pour étayer ce que nous venons de décrire, nous avons relevé dans les dossiers des enfants de l'Hôpital Maritime de Berck évacués, soit sur l'Hôpital Raymond-Poincaré de Garches, soit sur l'Asile pour Enfants de la Ville de Paris, à Hendaye, toutes les biopsies sans exceptions faites sur tous les enfants qui y furent soignés de 1935 à 1942. Le petit nombre des

observations s'explique par la rareté actuelle de cette méthode de diagnostic.

Nous avons ainsi relevé 6 observations de biopsie au niveau de la hanche. Pour bien montrer que ces dangers sont propres à la coxalgie, nous avons également relevé toutes les biopsies effectuées entre les mêmes dates sur l'articulation la plus opérée pour biopsie avec la hanche: le genou. Nous avons relevé 6 observations; leur lecture montrera que, si elle peut être soumise, quoique rarement, aux mêmes infidélités que celle de la hanche, la biopsie du genou n'entraîne pas les mêmes complications. Mais si elle n'est pas grave ni même infidèle au niveau du genou, c'est qu'il s'agit d'une articulation superficielle pour laquelle on dispose de moyens diagnostiques aussi fidèles et moins sanglants, telles que la ponction du genou suivie d'inoculation au cobaye, ou bien de la simple réaction focale.

---

## OBSERVATIONS

---

*Cas N° 1.* — Ga... Renée. Agée de 13 ans 1/2. Le début de l'affection remonte à 1933 par la claudication et une douleur à la marche au niveau de la hanche gauche : elle est hospitalisée pendant 3 mois à l'hôpital des Enfants-Malades et tout rentre dans l'ordre. Puis, en 1937, elle part 3 mois en préventorium à Prélôt où elle se remet à boîter et à accuser une douleur. En janvier 1938 elle est hospitalisée à Trousseau où l'on applique un plâtre ; en mai 1938 une biopsie articulaire est pratiquée et un cobaye est inoculé : son autopsie, le 23 juin, ne montre aucune lésion ; l'examen du fragment osseux prélevé le montre constitué par du tissu spongieux normal, l'examen des parties molles ne met en évidence aucune lésion. Elle est envoyée à Berck en septembre 1938, où elle marche et où l'on pratique de la mécanothérapie. En septembre 1939 apparaît une ankylose. Au mois de décembre de la même année, la radiographie montre un pincement articulaire net, il existe une adénopathie rétro-crurale et l'on révoque la possibilité d'une coxalgie. En octobre 1940, l'enfant évacuée sur le sanatorium d'Hendaye présente à son arrivée une fistule sur sa cicatrice de biopsie ; la radio montre des lésions nettes de la tête et du col avec disparition de l'interligne : le diagnostic est rectifié. La fistule se tarit en juillet 1941, l'enfant commence la marche en août et quitte le sana en décembre 1941 à la suite de crises de dyspnée paroxystique et de la constatation d'un souffle d'insuffisance mitrale.

*Cas N° 2.* — Da... Madeleine, née le 25 février 1912. Le début de l'affection remonte au mois d'août 1934 par une douleur de la hanche gauche à la marche. Elle est hospitalisée en octobre à l'Hôpital Bichat, où l'on pratique une biopsie qui montre la nature tuberculeuse de l'affection. La malade entre en mars 1935 à l'Hôpital Maritime de Berck: elle présente une large ulcération suintante à la place de sa cicatrice de biopsie. La suppuration se tarit au mois de mai 1935 et la malade peut être greffée au mois de janvier 1936; la suppuration reprend peu de temps après l'intervention pour cesser définitivement en novembre 1936.

*Cas N° 3.* — Ma... Andrée, née le 18 septembre 1930. Le début de l'affection se produit au mois de juin 1937 par de la claudication et une douleur au niveau de la hanche. Elle est aussitôt hospitalisée à l'hôpital Trousseau où l'on pratique une biopsie articulaire au mois de décembre 1937: l'examen des fragments osseux et synoviaux prélevés montre leur nature bacillaire. L'enfant entre à l'Hôpital Maritime de Berck au mois d'août 1937. Elle présente rapidement un abcès sous-jacent à la cicatrice de la biopsie; cet abcès se fistulise en mars 1938. La suppuration se tarit au mois d'avril et une arthrodèse est pratiquée en mai. L'enfant quitte l'hôpital au mois de mai 1939.

*Cas N° 4.* — Me... Christiane, 14 ans. Le début se fait par de la boiterie et une douleur de la hanche qui régressent puis réapparaissent au mois d'août 1939. On l'emmène consulter à l'hôpital Trousseau où on lui applique un plâtre qu'elle garde jusqu'en février 1940. Elle marche à ce moment et se remet ensuite à boîter. Une biopsie articulaire de la hanche est pratiquée en août 1940. L'examen des fragments prélevés ne met pas en évidence leur nature tuberculeuse, et l'inoculation au cobaye se révèle

négative. Elle est envoyée à Hendaye au mois de mars 1941 : elle ne présente ni limitation des mouvements, ni atrophie, ni adénopathie rétro-crurale; l'examen radiographique montre un pincement et des irrégularités sinueuses et correspondantes de la tête et du cotyle, le cintre n'est pas rompu. L'enfant repart à Paris, guérie en mars 1942.

*Cas N° 5.* — Fré... René, né le 3 octobre 1932. Cette observation est incomplète du fait de la disparition d'une partie de son dossier et le début de l'affection ne peut être précisé. Cependant une biopsie articulaire a été pratiquée au mois d'avril 1939 montrant un tissu osseux spongieux normal sans aucune image de lésion spécifiques; l'inoculation au cobaye et l'ensemencement pratiqués avec les éléments prélevés au cours de la biopsie ont été également négatifs. L'enfant entre à Hendaye en juin 1940 : il présente à son arrivée en outre d'une fistule sur sa cicatrice de biopsie, un énorme empâtement de la hanche et de la cuisse, la hanche est chaude et douloureuse, entièrement bloquée, l'état général médiocre. L'enfant est actuellement en cours de traitement. La biopsie paraît avoir été ici, à l'origine d'une véritable catastrophe.

*Cas N° 6.* — Ro... Raymond. La biopsie pratiquée en 1937 montre qu'il s'agit d'une lésion non tuberculeuse, ce qui est confirmé par l'évolution.

## OBSERVATIONS DE BIOPSIES DE GENOUX

*Cas N° 1.* — Le... Eva. Genou gauche augmenté de volume depuis de nombreuses années. Une biopsie est pratiquée en novembre 1936 montrant la nature tuberculeuse de l'affection, et

confirmée par l'inoculation au cobaye; évolution sans incidents : résection au mois de mai 1937.

*Cas N° 2.* — Fo... Paule. Une biopsie articulaire, pratiquée en 1937 montre la nature tuberculeuse de l'affection du genou. Evolution sans incidents.

*Cas N° 3.* — Be... Carmen. En mai 1935, une biopsie montre la nature bacillaire d'une arthrite du genou. Evolution sans incidents.

*Cas N° 4.* — Go... Marie. Une biopsie en 1937 confirme le caractère tuberculeux d'une atteinte du genou. Evolution sans incidents.

*Cas N° 5.* — De... Régine. Une biopsie en décembre 1936 montre qu'elle est atteinte d'une tumeur blanche du genou. Evolution ultérieure sans incidents.

*Cas N° 6.* — Go... Raymonde. Le début de l'affection remonte au mois de mars 1935 par un traumatisme du genou, un épanchement apparaît et le liquide de ponction de cette hydarthrose ne tuberculise pas le cobaye; la radiographie montre un léger pincement. Devant la persistance des symptômes, une biopsie est pratiquée en octobre 1935 : l'examen des fragments prélevés ne met pas en évidence leur nature tuberculeuse. En janvier 1936, la malade âgée de 17 ans entre à l'Hôpital Maritime de Berck; au mois de mai apparaît une destruction visible radiologiquement et en mars 1937 l'on pratique une résection du genou; au cours des années 1937-1938 apparaissent des abcès froids frontal temporal et du genou et des lésions au niveau de l'index gauche qui doit être amputé en mai 1938.

De la lecture de ces observations nous pouvons tirer des conclusions. Cependant, les partisans de la biopsie nous objecteront que nous n'en possédons qu'un nombre limité, et que, par contre, il existe un certain nombre de cas où la biopsie négative a été suivie d'une évolution confirmant le caractère non tuberculeux de l'affection: c'est pour cela que ces enfants n'ont pas été hospitalisés et ne se trouvent par conséquent pas dans nos dossiers. Nous n'avons certes pas la prétention d'établir des statistiques portant sur un nombre aussi restreint de cas. Cependant il nous semble que pour les malades que nous n'avons pas vus, en quelques semaines l'évolution aurait montré qu'il ne s'agissait pas de coxalgie: certes, c'est souvent un inconvénient moral et matériel que d'immobiliser « inutilement » des malades pendant quelques semaines. Mais pour les malades qui présentaient effectivement des coxalgies, que celles-ci aient été ou non mises en évidence par la biopsie, il s'agit d'un inconvénient d'une toute autre gravité: la fistulisation, aggravant une affection qui eût pu rester bénigne, traitée prudemment.

En effet nous voyons que pour les 6 observations de biopsie de la hanche:

Dans deux cas, les enfants Me... Christiane, et Ro... Raymond, la biopsie négative a été confirmée par l'évolu-

tion, qui a montré qu'il s'agissait d'une arthrite chronique juvénile.

Dans deux cas, les enfants Da... Madeleine et Ma... Andrée, la biopsie a certes montré la nature tuberculeuse de l'affection qui a été confirmée par l'évolution qui s'est malheureusement accompagnée dans les deux cas par une fistulisation sur les cicatrices d'intervention.

Enfin, dans les deux derniers cas, les enfants Fré... René et Ga... Renée, non seulement la biopsie n'a pas pu mettre en évidence la nature tuberculeuse de l'affection qui a été prouvée par l'évolution, mais de plus sont apparues dans les deux cas des fistules sur les cicatrices, l'une d'entre elles ayant entraîné par ses répercussions sur l'enfant Fré... la nécessité d'une résection de drainage.

Par contre pour les genoux, les résultats paraissent assez satisfaisants. Sur six cas :

5 fois, la biopsie montra la nature tuberculeuse de l'affection qui évolua comme telle.

1 cas seulement est décevant, celui de l'enfant Go... Raymonde chez qui la biopsie négative est infirmée par l'évolution qui montre qu'il s'agit bien cependant d'une tumeur blanche du genou. Les résultats sont donc bons dans l'ensemble. Ils soulignent par là notre thèse, puisqu'ils montrent sur deux relevés parallèles, que si la biopsie est toujours justifiable en théorie, en fait elle varie totalement suivant les articulations, et que ce qui est utile et bénin au

niveau du genou, est souvent infidèle et toujours dangereux au niveau de la hanche, lorsqu'il y existe des lésions tuberculeuses.

Quelles sont les raisons de ces différences de résultats et de conséquence? La constatation d'un point douloureux ou d'une zone sensible à la palpation d'une articulation superficielle comme le genou, permettent d'orienter la biopsie vers la lésion éventuelle, ce qui n'est pas possible au niveau de la hanche. Au point de vue des conséquences, s'agit-il d'une erreur de technique? Nous ne le pensons pas, car celle-ci a été bien mise au point. Vraisemblablement c'est la disposition anatomique profonde de l'articulation de la hanche qui en est responsable, la biopsie à ce niveau entraînant un gros délabrement musculaire et ligamentaire.

---

## CONCLUSIONS

---

Si l'on envisage la biopsie d'une manière générale, celle-ci est un moyen de diagnostic qui rend des services tellement évidents que nous ne songerons même pas à les contester, quoique l'on ne puisse rien conclure d'un examen négatif.

Dans le cadre même de la chirurgie ostéo-articulaire, elle rend de grands services lorsqu'il s'agit de prendre une décision grave et immédiate, telle que l'amputation ou la désarticulation d'un membre au cours d'une tumeur maligne. Mais dans le cas de tuberculose chirurgicale, il n'y a rien d'absolument urgent et le diagnostic peut attendre quelques jours.

Cependant, dans un certain nombre de localisations, telles que les ganglions ou les parties molles, la biopsie peut affermir le diagnostic hésitant sur la nature tuberculeuse de l'affection, et ceci sans entraîner de complications locales.

Dans le cas de lésions articulaires, nos observations ont montré que lorsque le diagnostic est difficile par le peu de

netteté des signes cliniques, l'absence d'adénopathie rétro-crurale, et d'abcès, et par conséquent de contrôle bactériologique direct possible, il faut avoir beaucoup de chance pour que les fragments minimes de synoviale et d'os que l'on prélève dans une vaste articulation, soient exactement ceux d'une lésion minime se traduisant par aussi peu de signes. Quelques-unes de nos observations ont montré que parfois la biopsie négative est infirmée par l'évolution ultérieure qui fait la preuve de la tuberculose. Ceci, qui est rare pour le genou, nous a paru plus fréquent au niveau de la hanche.

Cette différence de résultats entre une biopsie articulaire superficielle comme celle du genou, et une biopsie profonde comme celle de la hanche, s'accroît encore par suite des conséquences différentes qui en résultent. En effet, dans la totalité de nos cas qui ont trait à des coxalgies, quelques semaines ou quelques mois après la biopsie, est apparue une fistulisation sur la cicatrice d'intervention, et il n'est plus à démontrer actuellement qu'une coxalgie fistulisée revêt un caractère de gravité exceptionnelle.

De ces faits nous croyons pouvoir conclure que dans les affections articulaires de la hanche, le risque de fistule doit faire rejeter la biopsie. En effet, quelques semaines ou quelques mois plus tard, l'évolution fait toujours la preuve de la nature de l'affection, et il y a peu d'inconvénients à mettre un malade en observation, l'immobilisant comme s'il s'agissait d'une coxalgie : ou bien il en sera quitte pour

une immobilisation un peu prolongée, ou bien le traitement aura déjà été mis en route.

Enfin nous insisterons encore en terminant sur les différences entre les biopsies superficielles, assez fidèles et sans inconvénient, et la biopsie profonde de la hanche.

Pour la hanche, l'infidélité des résultats et surtout la gravité du danger presque constant que constitue la fistulisation, nous permettent de déconseiller formellement la biopsie dans une arthrite de la hanche qui a une chance, si minime soit-elle, d'être de nature tuberculeuse, plusieurs exemples, en particulier l'évolution désastreuse du cas n° 5, devant mettre en garde contre l'utilisation de cette méthode de diagnostic.

---

**Vu:**

Le Doyen:

BAUDOUIN

**Vu:**

Le Président de la Thèse:

LEVEUF

**Vu et Permis d'Imprimer**

Le Recteur de l'Académie de Paris:

G. GIDEL

## BIBLIOGRAPHIE

---

- M.-B. COOPERMAN. — Guineapig test and biopsy early diagnosis of articular tuberculosis. — *Medical Journal and Record*, 135, p. 420-422, 4 mai 1932.
- M. MOZER IN CALVÉ. — La tuberculose ostéo-articulaire; évolution, diagnostic de début et traitement. — Masson, édit., p. 62-64.
- PAITRE. — Diagnostic des arthrites du genou : la biopsie articulaire. — *Revue Médicale Française*, 13, p. 127-132, février 1932.
- POIDEVIN (Mlle M.). — Etude de la valeur pratique de la réaction de Vernes. Résorcine dans la tuberculose ostéo-articulaire de l'enfant. — Thèse de Paris, 1936.
- RICHARD (A.). — La coxalgie, in *Traité de chirurgie orthopédique* publié sous la direction de L. Ombrédanne et M. Mathieu. — Tome 4, p. 3397-3480.
- RICHARD (A.) & GRAFFIN. — Diagnostic de la coxalgie à forme hypertrophique au début. — *Gaz. des Hôpitaux*, 17, 1<sup>er</sup> mars 1933.
- SORREL (E.) et Mme SORREL-DÉJERINE. — La tuberculose ostéo-articulaire, Tome 2.
- SÉNÈQUE (J.). — Précis de diagnostic chirurgical, publié sous la direction de Ch. Lenormant. — Tome 4, p. 364.

VALLS (J.). — La biopsie ganglionnaire comme moyen de diagnostic dans les arthrites chroniques des membres. — *Bruxelles Médical* 13, p. 1151-1155, août 1933.

VALLS (J.) & OTTOLENGHI (C.-E.). — Elementos diagnosticos de la tuberculosis osteo-articular por la biopsia articular. — *Bol. y trab. de la Soc. de Cirurgia de Buenos-Aires*, 16, p. 1460-1462, 23-11 1932.

HERMANN (G.) & MOREL (Ch.). — Précis d'Anatomie Pathologique. — Collection Testut, G. Doin, éd., p. 81-88, 223-224, 236-238.

---



---

---

IMPRIMERIE R. FOULON  
29, Rue Deparcieux, 29  
P A R I S

---

---





THE  
MILB  
K...